

FORMULARZ INFORMACJI

SZANOWNY PACJENCIE – WYPEŁNIJ PONIŻSZE POLA DOKŁADNIE I W CAŁOŚCI,

INFORMACJE O PACJENCIE:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Kod pocztowy:

Kraj zamieszkania:

Data urodzenia:

Tel. stacjonarny:

Tel. komórkowy:

Adres e – mail:

INFORMACJE O OPIEKUNIE:

Imię i Nazwisko:

Powiązanie z pacjentem:

Adres:

Kod pocztowy:

Kraj zamieszkania:

Tel. stacjonarny:

Tel. komórkowy:

Adres e-mail:

HISTORIA CHOROBY:

Schorzenie neurologiczne

Diagnoza / data pierwszego udaru:
.....
.....

POMIARY ANATOMICZNE:

Wzrost : cm Masa ciała: kg

CZY POSIADA PAN/I NASTĘPUJĄCE DOLEGLIWOŚCI LUB CIERPI PAN/I Z POWODU:

Złamania kończyn dolnych (kiedy?): NIE TAK

Różnica w długości kończyn dolnych: NIE TAK

Niskie / niestabilne ciśnienie krwi: NIE TAK

Zawroty głowy / choroba lokomocyjna (kiedy? jak często?): NIE TAK

Niekontrolowane ruch kończyn dolnych (klonusy / spazmy / spastyczność / inne): NIE TAK

Niekontrolowana autonomiczna dysrefleksja (nagły napad nadmiernie wysokiego ciśnienia): NIE TAK

Zasłabnięcia (data ostatniego incydentu): NIE TAK

Obniżenie siły kończyn górnych / urazy kończyn górnych: NIE TAK

Zaburzenia mowy / wzroku / słuchu: NIE TAK

Zaburzenia pamięci: NIE TAK

Choroby skóry (obszary opuchnięte / bolące / wrażliwe): NIE TAK

Kolostomia: NIE TAK

Osteoporoza: NIE TAK

Padaczka (jak często? kiedy był ostatni epizod?): NIE TAK

Choroby naczyń krwionośnych (żylaki / zapalenie żył): NIE TAK

Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca / inne): NIE TAK

Choroba nowotworowa (jaka?): NIE TAK

Choroba zakaźna (jaka?): NIE TAK

Przebyta operacja (w ciągu ostatnich 2 lat / jaka?): NIE TAK

Ciąża: NIE TAK

TRWAJĄCE BADANIA I ZAŻYWANE LEKI:

Czy obecnie jest Pan/i w trakcie jakiejś diagnostyki / badań? NIE TAK

Opis trwających badań:

.....

Czy zażywa Pan/i leki / jakie? NIE TAK

.....

.....

DODATKOWE INFORMACJE I PODPIS:

Skąd Pan/i dowiedział/a się o terapii w CENTRUM REHABILITACJI „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. (np. reklama prasowa,

Internet, rekomendacje znajomych)?

.....

.....

Poniżej prosimy o wpisanie wszystkich dodatkowych informacji, które dotyczą Pana/i stanu zdrowia i każdej innej informacji, która

mogłaby nam pomóc uzyskać jak najlepsze efekty treningu.

.....

.....

.....

Podpis pacjenta Data

Podpis rodzica / opiekuna Data

UWAGA! Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza zgodnie z posiadaną wiedzą. Zatajenie schorzenia lub urazu może wywołać niepożądane efekty uboczne, za które nie będzie odpowiadać terapeuta prowadzący trening.

UWAGA! Prosimy o zabranie dokumentacji medycznej potwierdzającej przebyty udar (np. wypis ze szpitala).